

Trabalho de Conclusão de Curso

A percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças

Aline Travessini



Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Aline Travessini

**A PERCEPÇÃO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS
SOBRE A ANSIEDADE ODONTOLÓGICA DAS
CRIANÇAS**

Trabalho apresentado à
Universidade Federal de
Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do
Curso de Graduação em
Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra
Michele da Silva Bolan

Coorientadora: Ms. Jéssica
Copetti Barasuol

Florianópolis

2018

Aline Travessini

**A PERCEPÇÃO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS SOBRE A ANSIEDADE
ODONTOLÓGICA DAS CRIANÇAS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 23 de maio de 2018.

Banca Examinadora:



Prof.^a, Dr.^a Michele da Silva Bolan,

Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a, Ms. Carla Massignan,

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a, Dr.^a Mariane Cardoso Carvalho,

Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho a minha amada família, principalmente, aos meus pais. Não existem palavras para dizer o quanto sou grata.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por me conceder a benção de viver. Por todas as coisas boas e más que me aconteceram na jornada da vida, pois foi desse modo que me fizeram chegar até aqui mais forte.

Gratidão aos meus amados pais Teresinha Maria Sassi Travessini e Lucir Travessini por todo incentivo, confiança e amor. Dedico essa vitória a vocês que não mediram esforços para que seus filhos pudessem ter uma formação.

Ao meu irmão Wagner Travessini, por todo apoio, exemplo e cumplicidade. Sorte a minha ter você para compartilhar os momentos mais importantes da minha vida.

À Daniela Frutuoso, minha amiga e dupla, por estar comigo desde a primeira clínica. Obrigada por tudo!

À minha professora orientadora, Dra. Michele Bolan e coorientadora Ms. Jéssica Copetti Barasuol pela orientação, auxílio e paciência na condução deste trabalho. A arte de ensinar é sublime!

Meu sincero agradecimento a Josiane Pezzini Soares por gentilmente ter disponibilizado os dados da sua pesquisa para a produção deste trabalho.

Aos pais e às crianças que participaram dessa pesquisa pela disponibilidade, autorização e compreensão. Essas informações concedidas contribuem para o desenvolvimento de uma Odontologia melhor.

Grata por todos que estiveram comigo nessa caminhada. E aos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho chamado Odontologia.

“Aprende que há mais dos seus pais em você do que
você supunha. Aprende que nunca se deve dizer a
uma criança que sonhos são bobagens.”

(William Shakespeare)

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo analisar a percepção dos pais sobre a ansiedade odontológica dos filhos e verificar se há associação com a ansiedade odontológica dos pais, tempo e motivo da última visita ao dentista, fatores socioeconômicos, condição bucal da criança e tipo de procedimento odontológico realizado na pesquisa. A amostra contou com 58 crianças com idade entre 06 a 09 anos e seus pais/responsáveis. Os participantes foram selecionados a partir de um estudo clínico, realizado na Universidade Federal de Santa Catarina, em que metade das crianças receberam fluoroterapia e as outras exodontia. Para este estudo transversal, os responsáveis responderam ao questionário socioeconômico juntamente com o *Dental Anxiety Scale* (DAS) e o *Dental Anxiety Question* (DAQ). As crianças responderam o *Venham Picture Test Modificado* (VPTM) e a sua condição bucal foi verificada por meio do índice CPO-D/ceo-d. A frequência entre os pais que perceberam a ansiedade odontológica dos filhos foi de 50,9% (DAQ) e 41,4% das crianças relataram a ansiedade odontológica (VPTM). Além disso, houve diferença significativa entre o DAQ e o VPTM ($p=0,002$). Não houve relação entre a percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças com a ansiedade odontológica dos mesmos (DAS), tempo e o motivo da última visita ao dentista dos pais e das crianças, fatores socioeconômicos, condição bucal das crianças e tipo de procedimento que foi realizado nas crianças. Conclui-se que existiu uma diferença significativa entre a percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica e a ansiedade odontológica relatada por elas.

Palavras-chaves: Ansiedade ao tratamento odontológico. Criança. Saúde bucal.

ABSTRACT

This study aims to analyze the parents' perception on dental anxiety of their children and verify the association with parents' dental anxiety, time and reason to the last dental appointment, socioeconomic factors, children's oral status and kind of dental procedure that has been taken during the research. The sample was children with 6 to 9 years old and their parents/caregivers. For this cross-sectional study the participants were selected from a clinical study at the Federal University of Santa Catarina where half of the children received topic fluoride and the other half extracted tooth. The caregivers answered the socioeconomic questions, the *Dental Anxiety Scale* (DAS) and the *Dental Anxiety Question* (DAQ). The children answered the *Modified Venham Picture Test* (VPTM) and their oral status was measured according to the DMFT index. The results pointed out, that 50.9% of parents perceive dental anxiety of their children (DAQ) and 41,4% of children reported dental anxiety (VPTM). Furthermore, there was a significant difference between DAQ and VPTM ($p=0.002$). There was no relation between the parents' perception of dental anxiety of children and their own dental anxiety (DAS), time and reason of the last dental appointment of the parents and children, socioeconomic factors, children's oral status and the kind of dental procedure. It was concluded that the parents' perception of dental anxiety of their children had a significant difference of the dental anxiety reported by children.

Keywords: Dental anxiety. Child. Oral health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da frequência das características socioeconômicas e odontológicas das crianças e dos pais/responsáveis. (n= 58), Florianópolis-SC	
2017.....	33
Tabela 2: Associação da percepção dos pais/responsáveis quanto à ansiedade odontológica das crianças e variáveis independentes, Florianópolis-SC	
2017.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI-II- *Beck Depression Inventory – II*

ceo-d- índice de dentes decíduos cariados, extraídos devido a cárie e obturados

CFSS-DS- Children's Fear Survey Schedule

CPO-D- índice de dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados

DAQ- *Dental Anxiety Question*

DAS- *Dental Anxiety Scale*

DCQ- *Dental Cope Questionnaire*

DFA- *Dental Fear and Anxiety*

DP- Desvio Padrão

ECOHIS- *Early Childhood Oral Health Impact Scale*

ELOS- *Pre- Longitudinal Study of Health and Well-being in Preschool Children*

FDPQ- *Fear of Dental Pain Questionnaire*

FIS- *Facial Image Scale*

IMC- Índice de Massa Corporal

MAO- Medo e Ansiedade Odontológica

MCDASf- *Modified Child Dental Anxiety Scale*

MDAS- *Modified Dental Anxiety Scale*

NHANES III- *National Health and Nutrition Examination Survey III*

OMS- Organização Mundial da Saúde

SISREG- Sistema de Regulação

SM- Salário Mínimo

STAI- *State-Trait Anxiety Inventory*

TAD- *Anxiety and Depression Test*

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

VAS- *Visual Analogue Scale*

VPTM- *Venham Picture Test Modificado*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3. OBJETIVOS.....	26
3.1 Objetivo Geral.....	26
3.2 Objetivos Específicos.....	26
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	27
5. RESULTADOS.....	32
6. DISCUSSÃO.....	36
7. CONCLUSÃO.....	41
8. REFERÊNCIAS.....	42
9. APÊNDICES.....	47
10. ANEXOS.....	53

1. INTRODUÇÃO

A ansiedade frente ao tratamento odontológico é um sentimento proveniente de situações relacionadas ao atendimento e que podem causar apreensão, desconforto e por consequência proporcionar uma experiência negativa ao paciente (KANEGANE, PENHA, BORSATTI et al., 2006). A prevalência da ansiedade odontológica em crianças pode variar conforme o instrumento utilizado para sua mensuração, bem como o ambiente onde ela é feita, a idade da criança entre outros fatores. Em um estudo longitudinal envolvendo 416 escolares brasileiros com 5 a 7 anos de idade, observou-se por meio da *Dental Anxiety Question* (DAQ), aplicada às crianças, que a prevalência de alta ansiedade odontológica foi de 16,2% e a sua incidência foi de 15% ao longo dos anos de acompanhamento (SOARES, LIMA, BARROS et al., 2017). Outro estudo clínico randomizado da Universidade de São Paulo evidenciou o alto nível de ansiedade odontológica em 27% de 100 crianças entre 3 e 5 anos de idade avaliadas pela *Facial Image Scale* (FIS) (ABANTO, VIDIGAL, CARVALHO et al., 2017).

Muitos fatores estão relacionados com este sentimento como: idade, gênero, experiência prévia no dentista, histórico de dor dentária e doença cárie. Alguns estudos também relatam que a ansiedade odontológica da criança também pode sofrer influência da ansiedade e escolaridade dos pais como demonstra o estudo de Soares, Lima, Barreto et al. (2015). Cada faixa etária possui um comportamento característico diante da consulta com o cirurgião-dentista e este também pode sofrer variação de acordo com o estado emocional da criança no momento do atendimento. Além disso, a primeira visita da criança ao dentista é, muitas vezes,

associada a um quadro agudo de dor devido à presença de cárie ou trauma dental o que favorece o desenvolvimento da ansiedade odontológica dos pais e das crianças. Já a escolaridade dos pais e os aspectos socioeconômicos podem interferir na procura por tratamento odontológico, nas condições bucais da família e na ansiedade odontológica da criança. Em um estudo longitudinal de Soares, Lima, Santos et al. (2016) foi verificado que quanto menor a renda familiar, pior é o bem-estar psicológico e maiores as chances de alta ansiedade odontológica entre os pré-escolares.

A ansiedade odontológica pode ser uma importante barreira à procura por atendimento odontológico, e isso pode refletir em uma condição bucal deficiente (SOARES, LIMA, BARRETO et al., 2015). Além disso, as crianças são dependentes dos seus responsáveis para manutenção da sua saúde bucal, bem como para conseguirem acesso aos serviços de saúde. Em um estudo de coorte, na cidade de Pelotas, envolvendo 608 pares de mães e filhos com idade entre 2 a 5 anos, constatou-se que 60,2% das mães não frequentavam regularmente o dentista e que 79,3% das crianças nunca foram a uma consulta odontológica (GOETTEMS, ARDENGHI, DEMARCO et al., 2012).

Para a obtenção do sucesso no tratamento odontológico infantil é imprescindível que o cirurgião-dentista saiba compreender as emoções da criança (OLIVEIRA, MORAES, EVARISTO, 2012). A ansiedade frente ao atendimento odontológico é um sentimento desagradável e a criança, por sua vez, pode ter certa dificuldade de expressá-la. Muitas vezes a percepção dos pais sobre a ansiedade odontológica dos filhos pode auxiliar o profissional na condução do tratamento, ou então influenciar de

forma positiva ou negativa na procura por consultas (GOETTEMS, ARDENGHI, DEMARCO et al., 2012).

É necessário que mais estudos sejam realizados a fim de observar se a percepção dos responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças condiz verdadeiramente com a ansiedade odontológica descrita por elas, bem como estudar os fatores que estão associados a esta percepção. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a percepção dos responsáveis sobre a ansiedade odontológica de seus filhos e estudar a sua associação com a ansiedade odontológica das crianças e dos responsáveis, tempo e motivo da última visita ao dentista de ambos, fatores socioeconômicos, condição bucal da criança e tipo de procedimento odontológico realizado na pesquisa.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O diagnóstico da ansiedade odontológica e de seus fatores associados é imprescindível para o planejamento do tratamento realizado pelo cirurgião-dentista, além de auxiliar na conduta adequada do atendimento. Então, vários estudos são realizados sobre a ansiedade odontológica para ampliar o seu entendimento.

Peretz, Nazarian, Bimstein (2004) investigaram a ansiedade odontológica de 88 crianças, seus responsáveis e estudantes de Odontologia responsáveis pelo atendimento dessas crianças, em Jerusalém. Todos responderam a *Dental Anxiety Scale* (DAS). Além disso, dados sociodemográficos também foram coletados. Os estudantes também responderam sobre *Visual Analogue Scale* (VAS) para descrever o nível de ansiedade da criança antes do tratamento odontológico. Não existiu relação entre os escores da DAS de crianças e alunos. Contudo, a relação foi estabelecida entre os escores do DAS dos pais e de seus filhos. As maiores pontuações de DAS e VAS foram dos estudantes do sexo feminino. Logo, a ansiedade odontológica dos pais esteve associada a ansiedade odontológica dos filhos.

Um estudo transversal teve por objetivo avaliar a relação entre ansiedade odontológica e dor dentária em crianças menores de cinco anos. A pesquisa realizada em Recife, Pernambuco, contou com 1.460 crianças de idade entre 1,5 a 5 anos. Dados socioeconômicos foram coletados por meio de questionários aos pais. A *Dental Anxiety Question* (DAQ) foi utilizada para obtenção de informações sobre a ansiedade odontológica das crianças pelo

relato dos pais. A condição de saúde bucal da criança e o histórico de dor dentária foram questionados aos responsáveis. A ansiedade odontológica apresentou prevalência de 34,7% sendo que a maior porcentagem foi encontrada nas crianças de 24-35 meses de famílias com baixa renda. 9,1% das crianças tinham história de dor dentária. A ansiedade odontológica estava associada com crianças menores de 5 anos de idade e histórico de dor (OLIVEIRA, COLARES, 2009).

Oliveira, Moraes e Evaristo (2012) analisaram a ansiedade odontológica infantil prévia ao tratamento pelo *Venham Picture Test Modificado* (VPTM) e de seus responsáveis por meio da *Dental Anxiety Scale* (escala DAS). Também avaliaram o comportamento infantil na clínica odontológica (escala de Frankl), quando a anestesia local era ou não empregada. A amostra foi composta por 50 crianças de 4 a 9 anos, de Blumenau, que estavam acompanhadas por seus responsáveis. Na avaliação dos dados, as crianças foram divididas por faixa etária (grupo 1: 4-6 anos e grupo 2: 7-9 anos). Em ambos os grupos a maioria foi classificada como livre de ansiedade (grupo 1 - 47,83% e grupo 2 - 55,56 %) e se comportaram positivamente (grupo 1 - 73,91% e grupo 2 - 66,67%). O comportamento era mais positivo quando a anestesia não foi aplicada (grupo 1 - 73,91% e grupo 2 - 85,19%). Os pais apresentaram baixa ansiedade (grupo 1 - 43,48% e grupo 2 - 66,67%). Não houve associação entre a ansiedade de pais e filhos.

Goettems, Ardenghi, Demarco et al. (2012) realizaram um estudo transversal em Pelotas/RS com 608 crianças, entre 2 a 5 anos de idade, e suas mães. As mães foram entrevistadas quanto à escolaridade, renda familiar e uso dos serviços odontológicos por parte da mãe e do filho e a

ansiedade odontológica foi mensurada pela *Dental Anxiety Scale* (DAS). Já a percepção da mãe quanto ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida da criança foi verificada pelo *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS). O exame clínico bucal das crianças foi realizado utilizando o índice ceo-d. Observou-se que 79,3% das crianças nunca foram ao dentista e 60,2% das mães não vão ao dentista regularmente. Além disso, 40,5% das mães possuíram moderada ou alta ansiedade odontológica. Sendo que a ansiedade odontológica materna não teve associação com a utilização do serviço odontológico pelas crianças. Dentre as crianças que já foram ao cirurgião-dentista, 43,6% delas tinham cárie. Houve associação entre a baixa escolaridade das mães e que não visitam regularmente cirurgião-dentista com o baixo uso do serviço odontológico por parte da criança.

Um estudo transversal foi realizado para verificar se há correlação entre o *Dental Fear and Anxiety* (DFA) dos pais e crianças. A pesquisa foi realizada com 114 crianças de 5 a 15 anos e seus respectivos pais, em Mostar, Bósnia e Herzegovina. O questionário *Children's Fear Survey Schedule* (CFSS-DS) foi aplicado às crianças para medir a sua ansiedade odontológica, sendo que acima de 39 pontos a criança era considerada ansiosa. O *Dental Cope Questionnaire* (DCQ) avaliou a reação das crianças frente a uma situação dolorosa. Além do questionário socioeconômico, tanto os pais quanto as crianças responderam a *Dental Anxiety Scale* (DAS). De acordo com o CFSS-DS, 11% das crianças apresentavam ansiedade odontológica e destas 7% apresentavam um grau mais elevado. O escore médio da DAS respondida pelas crianças foi de 8 que em uma escala de 4 a 20 pontos e é considerado como baixa ansiedade odontológica. O

DAS e o CFSS-DS, ambos respondidos pelas crianças, tiveram uma correlação forte, positiva e significativa ($r = 0,87$ e $p\text{-valor} < 0,001$), já a ansiedade odontológica dos pais não se correlacionou com a das crianças, porém a ansiedade das mães foi correlacionada a de seus filhos ($r = 0,35$ e $p\text{-valor} < 0,001$). Quando a escala CFSS-DS foi utilizada para verificar a ansiedade odontológica das crianças não houve associação com o tipo de estratégia utilizada pelas crianças para enfrentar uma situação dolorosa (DCQ) durante o atendimento (CORIC, BANOZIC, KLARIC et al. 2014).

Soares, Lima, Barreto et al. (2015) descreveram os fatores associados à ansiedade odontológica em crianças. A revisão sistemática foi realizada com auxílio das bases de dados MEDLINE e LILACS. Os artigos selecionados foram analisados por dois examinadores e um terceiro para verificar as divergências, sendo que nesse processo 13 artigos foram incluídos. Os maiores percentuais de ansiedade odontológica foram encontrados nas crianças de menor faixa etária, que nunca foram ao dentista, que já passaram por episódios de dor e cárie dentária. Além disso, a ansiedade odontológica também teve alta frequência em crianças cujos pais também a apresentavam.

Dalessandro, Alkhamis, Deljavan et al. (2015), objetivaram verificar se a personalidade dos pais quanto a ansiedade, depressão e medo odontológico está relacionado ao medo e ansiedade odontológica de seus filhos. A amostra foi composta por 104 crianças italianas, entre 5 a 14 anos, acompanhadas por seus pais. As crianças nunca tiveram experiência de atendimento odontológico. A ansiedade das crianças foi avaliada por meio da *Modified Child Dental Anxiety Scale* (MCDASf) e

Children's Fear Survey Schedule (CFSS-DS). Já o *Anxiety and Depression Test* (TAD) foi utilizado para medir a ansiedade e depressão geral da criança. Aos pais os questionários foram: *Fear of Dental Pain Questionnaire* (FDPQ) (mediu o medo odontológico), *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI Y1 and Y2) (indicador de estado e traço de ansiedade geral dos pais) e a *Beck Depression Inventory – II* (BDI-II) (auto relato sobre a presença e a gravidade da depressão). Os resultados indicaram que os traços das crianças quanto a ansiedade geral e a ansiedade odontológica estavam relacionadas às de seus pais.

Um estudo longitudinal analisou os preditores da ansiedade odontológica em pré-escolares de 5-7 anos, em Recife/Pernambuco, por meio do Projeto ELOS- Pre (*Longitudinal Study of Health and Well-being in Preschool Children*). Este entrevistou os pais para saber sobre o bem-estar físico e psicológico de seus filhos bem como a ansiedade odontológica mensurada pela *Dental Anxiety Question* (DAQ). Sobre os pais/responsáveis foi investigado o consumo de álcool, fumo, número de filhos e renda familiar. A prevalência de ansiedade odontológica entre os pré-escolares foi de 17,4%. Uma criança com menor renda familiar apresentou uma chance 2,3 vezes maior de ter ansiedade odontológica comparada com as de maior renda. Crianças com menor bem-estar psicológico tiveram uma chance 53% maior de ansiedade odontológica. Logo, quanto menor a renda familiar e bem-estar psicológico, maiores são as chances de alta ansiedade odontológica entre os pré-escolares (SOARES, LIMA, SANTOS et al., 2016).

Um estudo avaliou os aspectos clínicos bucais e indicadores socioeconômicos aliados à ansiedade odontológica em crianças com lesões de cárie severas. Participaram do estudo 100 crianças,

entre 3 a 5 anos, de São Paulo. Estas deveriam ter pelo menos um dente cariado com comprometimento pulpar visível, ulceração, fístula e abscesso, mensurado pelo índice PUFA. Na primeira consulta odontológica, os dados socioeconômicos foram coletados e as crianças foram avaliadas quanto à ansiedade odontológica através da *Facial Image Scale* (FIS) antes do exame clínico que foi executado por um avaliador treinado e cego aos dados anteriores. No geral, 48% das crianças apresentavam pelo menos dois dentes com envolvimento pulpar e 66% apresentaram algum nível de ansiedade. Crianças de 4-5 anos (RR= 0,35; IC 95%: 0,17-0,72) expressam menor ansiedade comparadas as de 3 anos (RR = 0,18; IC 95%: 0,04-0,76). Crianças com três ou mais irmãos apresentaram maior nível de ansiedade (RR=2,27; IC 95%:1,06-4,87). A doença cárie e suas consequências clínicas devido ao não tratamento não estiveram associadas a ansiedade odontológica, ao contrário do maior número de irmãos e a menor idade (ABANTO, VIDIGAL, CARVALHO et al., 2017).

Soares, Lima, De Barros et al. (2017) realizaram um estudo longitudinal com o propósito de analisar a ansiedade odontológica em crianças durante 2 anos. Os dados utilizados foram coletados em 2012 e 2014, e envolveu pré-escolares de Recife/Pernambuco, com idade entre 5 a 9 anos. Em 2014, 416 crianças participaram do estudo. Os pais responderam perguntas referentes a saúde dos filhos além dos dados socioeconômicos. A *Dental Anxiety Question* (DAQ) foi usada para analisar a ansiedade odontológica dos pais e dos filhos. A avaliação das crianças contou com o Índice de Massa Corporal (IMC) e o índice CPO-D. A ansiedade odontológica das crianças variou de 16,2% em 2012 para 18,9% em 2014; 15% das crianças desenvolveram

ansiedade odontológica ao longo dos dois anos estudados. A alta ansiedade odontológica das crianças esteve associada com a utilização de medicamentos, ansiedade odontológica dos pais e cárie dentária em dentes decíduos. A chance de as crianças terem uma alta ansiedade odontológica é 2,58 vezes maior quando os pais têm ansiedade odontológica, comparadas às crianças que tem pais sem esta desordem.

Cianetti, Lombardo, Lupatelli et al. (2017) realizaram uma revisão sistemática para determinar a prevalência e o nível do Medo e Ansiedade Odontológica (MAO) em crianças e adolescentes. A pesquisa incluiu estudos transversais e de coorte que mediram a prevalência de MAO e contou com artigos publicados em inglês, entre 2000 e março de 2014, com a população de 0 a 19 anos de idade. Após análise de dois revisores, 36 artigos foram incluídos. A prevalência variou entre diferentes regiões: Norte da Europa 11,1%, Centro Sul da Europa 21,9%, Ásia 19,2%, Estados Unidos da América 20,2%. Observou-se que os pontos de corte dos questionários utilizados para mensuração do MAO podem variar a sua prevalência. Além disso, em cinco estudos selecionados, o MAO diminuiu com o aumento da idade das crianças. A prevalência de MAO entre as crianças e adolescentes foi semelhante quando relatadas pelos pais (12,9%) ou por elas mesmas (12,3%).

Heima, Heaton, Gunzler et al. (2017) verificaram a associação entre a ansiedade odontológica materna e a utilização do serviço odontológico da criança e da mãe. Participaram do estudo 214 mães e seus filhos com 3 anos de idade, da cidade de Cleveland, Estados Unidos. A *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS) mediu a ansiedade odontológica da mãe, e duas questões modificadas

da *National Health and Nutrition Examination Survey III* (NHANES III) foram utilizadas para verificar a utilização do serviço odontológico. Percebeu-se que as mães com ansiedade odontológica foram menos ao dentista, assim como as crianças. Já as mães que foram ao dentista pelo menos uma vez ao ano tiveram menos ansiedade comparadas àquelas que utilizaram o serviço menos do que uma vez ao ano. Além disso, houve uma relação significativa entre o uso do serviço odontológico da mãe e da criança. Logo, a utilização do serviço odontológico pelas crianças esteve mais fortemente associada com a utilização do serviço odontológico pelas mães do que a ansiedade odontológica da mãe.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar a associação entre a percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças com a ansiedade odontológica relatada por elas;

- Analisar a associação entre a percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças e a ansiedade odontológica deles;

- Verificar associação entre a percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças com o tempo desde a última consulta odontológica dos pais e das crianças;

- Correlacionar a percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças com os fatores socioeconômicos;

- Analisar a relação entre a percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças e o motivo da última consulta odontológica realizada pelos pais e crianças;

- Associar a percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças com a condição bucal delas;

- Verificar a relação entre a percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças e o tipo de procedimento realizado nelas.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Comitê de Ética

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer de número 2.308.475 (ANEXO 1). Os responsáveis e as crianças que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

Seleção da amostra

Para esta pesquisa transversal foram selecionadas 60 crianças encaminhadas pelo Sistema de Regulação (SISREG), 30 receberam fluoroterapia e 30 exodontia, de ambos os sexos, pertencentes à faixa etária de 6 a 9 anos, acompanhada pelos seus responsáveis. O local de coleta dos dados foi na clínica odontológica da graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) no período de março a outubro de 2017.

Para que as crianças fossem incluídas neste estudo os critérios foram: idade entre 6 a 9 anos, que não tivessem realizado previamente fluoroterapia ou exodontia com o mesmo operador deste estudo e responsáveis alfabetizados.

Os critérios de exclusão utilizados foram: crianças com dispositivos ortodônticos fixos, problemas neurológicos, presença de complicações sistêmicas no quadro geral de saúde, uso de medicação contínua, recusas de participação da pesquisa e ausência de assinatura do TCLE.

Projeto piloto

O objetivo do projeto piloto foi testar a metodologia proposta para o estudo principal. Dessa forma, foram selecionadas através do SISREG 12 crianças que atenderam aos critérios de inclusão. Sendo que o local de execução do projeto piloto foi na clínica odontológica da graduação da UFSC. Houve alterações na metodologia e as crianças foram excluídas do estudo principal.

Coleta dos dados

Questionário aos responsáveis

Após a assinatura do TCLE pelo responsável foi entregue um questionário com perguntas relacionadas aos fatores socioeconômicos (APÊNDICE 2). Entre as questões estavam o nível de escolaridade dos responsáveis, renda mensal familiar, quando foi a última visita ao dentista e o motivo da última consulta odontológica. Além disso, houve perguntas em relação à criança como idade, gênero, dor dentária nos últimos 6 meses, última visita ao dentista e o motivo.

Também foram coletados dados relacionados à ansiedade odontológica dos pais, por meio da *Dental Anxiety Scale* (DAS) que é uma escala desenvolvida por Corah (1969). O DAS foi traduzido e validado para a língua portuguesa brasileira e demonstrou-se confiável (HU, GORENSTEIN, FUENTES, 2007). Esse instrumento contém quatro perguntas, com cinco respostas de múltipla escolha relacionadas às reações sentidas pelo paciente quando vai ao dentista. Cada resposta tem uma pontuação que varia entre 1 a 5 (menos ansioso até extremamente ansioso). A pontuação

total varia de 4 a 20. Assim, a DAS com escore igual a 11 representa uma baixa ansiedade odontológica, de 12 a 14 moderada e DAS >15 indica alta ansiedade (CORAH; GALE; ILLIG, 1978).

A percepção dos responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças foi verificada através da *Dental Anxiety Questionnaire* (DAQ). Trata-se de uma questão traduzida para o português brasileiro e utilizada por outros autores como Colares, Franca, Ferreira et al. (2013) e Soares, Lima, Santos et al. (2016). A pergunta é: “Seu filho tem medo de ir ao dentista?”, e as respostas foram dicotomizadas em: sem ansiedade (“Não”) e com ansiedade (“Sim, um pouco”, “Sim, ele/ela tem medo” ou “Sim, ele/ela tem muito medo”).

Dados referentes às crianças

Antes de iniciar os procedimentos odontológicos de exodontia ou fluoterapia os responsáveis e as crianças receberam explicações referentes ao que seria realizado. Em seguida foi apresentado para a criança o *Venham Picture Test Modificado* (VPTM) (ANEXO 2) o qual foi adaptado e validado para o uso em crianças brasileiras (RAMOS-JORGE, PORDEUS, 2004). Trata-se de imagens empregadas para avaliar a ansiedade odontológica. O VPT modificado consiste em oito pares de desenhos de crianças expressando reações positivas e negativas de comportamento. O momento da aplicação deste instrumento foi quando o paciente se sentou na cadeira odontológica, antes de realizar a exodontia ou fluoterapia. Foi perguntado à criança: “Qual figura representa o que você está sentindo nesse momento?” de maneira que ela pudesse apontar a figura que melhor representasse a sua emoção naquele momento. Quando a criança apontou para a figura com reação negativa a

pontuação foi 01(um) indicando a presença de ansiedade odontológica e quando escolheu a figura com reação positiva a pontuação foi 0 (zero), sendo que o resultado final variou de 0-8 e a variável foi dicotomizada em: com ansiedade (≥ 1) e sem ansiedade (0 – zero).

Posteriormente, foi realizado o exame clínico da criança que consistiu na avaliação de presença (≥ 1 dente cariado) ou ausência (0 – dentes hígidos) de dentes cariados (C) dos índices CPO-D e ceo-d de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2013). O diagnóstico de cárie dentária foi baseado no exame visual, sob luz artificial com o paciente sentado na cadeira odontológica. Todos os padrões de biossegurança foram respeitados. Os dados obtidos foram registrados em uma ficha desenvolvida para esta pesquisa (APÊNDICE 3).

Logo após a aplicação do VPTM e a realização do exame clínico, as crianças foram submetidas à fluorterapia ou exodontia em atendimento padronizado por outro operador cegado em relação aos dados avaliados previamente. As crianças foram atendidas somente uma vez. E nos casos de outras necessidades de tratamentos, elas foram encaminhadas para atendimento com os alunos da graduação da UFSC.

Análise estatística

Os dados foram tabulados no Programa SPSS Statistics 20.0 software (SPSS, Chicago, IL, USA). Inicialmente uma análise descritiva foi realizada. Após, aplicou-se um teste Qui-quadrado, Exato de Fisher e Mann-Whitney a fim de verificar se houve associação entre a variável dependente (percepção dos responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças - DAQ) e as variáveis

independentes, considerando um nível de significância de 5%.

5. RESULTADOS

Participaram do estudo 60 pais/responsáveis e crianças, porém 2 foram excluídos por não terem completado adequadamente os questionários. Portanto, um total de 58 pares de pais/responsáveis e crianças foi incluído na análise, sendo que 29 foram submetidos à exodontia e 29 a fluoroterapia.

A tabela 1 apresenta a distribuição da frequência das características socioeconômicas e odontológicas dos participantes da pesquisa. Os meninos predominaram na pesquisa e a idade média dos participantes foi de 7,5 anos ($DP \pm 1.044$). Dentre as crianças, a maioria relatava dor de origem dentária nos 6 meses que antecederam a pesquisa, no entanto mais da metade das crianças visitou o dentista nesse período.

Tabela 1. Distribuição da frequência das características socioeconômicas e odontológicas das crianças e dos pais/responsáveis. (n = 58), Florianópolis- SC 2017.

Dados das crianças		Total	
		n	%
Gênero	Masculino	34	58,6
	Feminino	24	41,4
Idade (anos)	6	14	24,1
	7	16	27,7
	8	18	31,0
	9	10	17,2
Última visita ao dentista*	6 meses	37	64,9
	> 6 meses	20	35,1
Dor dentária*	Não	16	28,1
	Sim	41	71,9
C-CPO-D	0	52	89,7
	≥ 1	6	10,3
c-ceo-d	0	26	44,8
	≥ 1	32	55,2
Ansiedade odontológica (VPTM)	Sem ansiedade	34	58,6
	Com ansiedade	24	41,4
Percepção dos responsáveis sobre a ansiedade odontológica da criança (DAQ)*	Sem ansiedade	28	49,1
	Com ansiedade	29	50,9
Procedimento	Fluorterapia	29	50
	Extração	29	50
Dados dos pais/responsáveis			
Escolaridade	> 8 anos	21	36,2
	≤ 8 anos	37	63,8
Renda mensal familiar	> 3 SM	10	17,2
	> 2 SM - 3 SM	25	43,1
	≤ 2 SM	23	39,7
Última visita ao dentista	≤ 1 ano	42	72,4
	> 1 ano	16	27,6
Motivo para a última consulta odontológica*	Prevenção	25	43,9
	Problema/dor	32	56,1
Ansiedade odontológica (DAS)	Baixa	55	94,8
	Moderada	3	5,2
	Alta	0	-

NOTA: SM (Salário Mínimo = R\$ 937,00); *n = 57.

A tabela 2 apresenta a relação entre a variável dependente, percepção dos responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças (DAQ) e as demais variáveis independentes. De acordo com os dados, existiu uma diferença significativa entre a percepção dos pais/responsáveis quanto à ansiedade odontológica das crianças e a ansiedade odontológica relatada por elas (VPTM) ($p= 0,002$). Dessa forma, 41,4% das crianças apresentaram ansiedade odontológica, contudo 50,9% dos pais/responsáveis perceberam esta ansiedade por meio do DAQ. Não houve associação significativa entre a percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças e a renda mensal familiar ($p= 0,769$) e escolaridade dos pais ($p= 0,207$). Também não foi encontrada relação entre a presença de dentes cariados das crianças ($p= 0,648$ e $p= 0,701$, nos dentes permanentes e decíduos, respectivamente). Considerando o tipo de procedimento a ser realizado nas crianças, 41,4% dos responsáveis observaram a ansiedade odontológica dos filhos no tratamento de fluoroterapia, enquanto que na exodontia 60,7% deles a perceberam, porém, esta diferença não foi significativa ($p= 0,144$).

Tabela 2. Associação da percepção dos pais/responsáveis quanto à ansiedade odontológica das crianças e variáveis independentes, Florianópolis- SC 2017.

		DAQ		p-valor [§]
Variável		Não n(%)	Sim n(%)	
Dados das crianças				
Sexo	Masculino	19(57,6)	14(42,4)	0,134
	Feminino	9(37,5)	15(62,5)	
Idade (anos)	Média (Mediana)	7,4(7,5)	7,3(7,0)	0,869°
Última visita ao dentista*	6 meses	17(45,9)	20(54,1)	0,635
	> 6 meses	10(52,6)	9(47,4)	
Dor dentária	Não	9(56,3)	7(43,8)	0,501
	Sim	19(46,3)	22(53,7)	
C - CPO-D	0	25(49,0)	26(51)	0,648"
	≥ 1	3(50,0)	3(50)	
c - ceo-d	0	13(52,0)	12(48,0)	0,701
	≥ 1	15(46,9)	17(53,1)	
Ansiedade odontológica (VPTM)	Sem ansiedade	22(66,7)	11(33,3)	0,002
	Com ansiedade	6(25,0)	18(75,0)	
Procedimento odontológico	Fluoterapia	17(58,6)	12(41,4)	0,144
	Exodontia	11(39,3)	17(60,7)	
Dados dos pais/responsáveis				
Escolaridade	>8 anos	12(60,0)	8(40,0)	0,207
	Até 8 anos	16(43,2)	21(56,8)	
Renda mensal familiar	>3 SM	5(50,0)	5(50,0)	0,769
	>2 SM a 3 SM	11(44,0)	14(56,0)	
	Até 2 SM	12(54,5)	10(45,5)	
Última visita ao dentista	Até 1 ano	19(46,3)	22(53,7)	0,501
	>1 ano	9(56,3)	7(43,8)	
Motivo da última consulta odontológica*	Prevenção	12(48,0)	13(52,0)	0,977
	Problema/dor	15(48,4)	16(51,6)	
Ansiedade odontológica (DAS)	Baixa	28(50,9)	27(49,1)	0,254"
	Moderada	0	2(100)	
	Alta	-	-	

NOTA: *n = 56; § Teste Qui-quadrado; " Teste Exato de Fisher; ° Teste U de Mann-Whitney.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo obteve como principal resultado uma diferença significativa entre a percepção dos pais/responsáveis quanto à ansiedade odontológica das crianças e a ansiedade odontológica relatada por elas.

Nesta pesquisa a metade dos pais percebeu a ansiedade odontológica de seus filhos, porém menos crianças relataram ter ansiedade odontológica, este é um importante desfecho a ser considerado na prática odontológica, pois algumas vezes os dentistas perguntam aos responsáveis se a criança é ansiosa e como é o seu comportamento. Informações quanto à ansiedade odontológica da criança podem ser úteis aos profissionais para realização do plano de tratamento, uma vez que problemas comportamentais podem surgir durante a administração da anestesia local, por exemplo (VASILIKY, KONSTANTINOS, NIKOLAOS et al., 2016). Segundo Oliveira, Moraes e Evaristo (2012) o conhecimento sobre a ansiedade odontológica infantil auxilia na predição do comportamento da criança, bem como no sucesso do atendimento.

Alguns autores observaram em seus estudos que os pais podem prever a ansiedade odontológica de seus filhos (CIANETTI, LOMBARDO, LUPATELLI et al., 2017; KRIKKEN, WUK, CATE et al., 2012). Cianetti, Lombardo, Lupatelli et al. (2017), em sua revisão sistemática, observaram a prevalência de ansiedade odontológica das crianças em 12,3%, a qual foi muito semelhante quando relatada pelos pais (12,9%).

Outros estudos também utilizaram *Dental Anxiety Question* (DAQ) como instrumento para a obtenção de informações sobre a ansiedade odontológica das crianças por meio do relato dos pais. Oliveira, Colares (2009) obtiveram uma prevalência de 34,7% de ansiedade odontológica em crianças menores de cinco anos durante uma campanha nacional de imunização contra a poliomielite. Semelhante a outro estudo realizado em um parque municipal com crianças de 5 a 12 anos, com prevalência de 39,4% de ansiedade odontológica (COLARES, FRANCA, FERREIRA et al. 2013). Já Soares, Lima, Santos et al. (2016) observaram a prevalência da ansiedade odontológica de 17,4% em escolares com idade entre 5 a 7 anos. Em outra pesquisa realizada em pré- escolas, a ansiedade odontológica das crianças, com 5 a 9 anos de idade, variou de 16,2% para 18,9% em dois anos (SOARES, LIMA, DE BARROS et al. 2017). A frequência da ansiedade odontológica das crianças percebida pelos pais nesta pesquisa foi maior em relação às outras, isto pode ser devido ao ambiente aonde o questionário foi administrado, visto que os pais levaram seus filhos até o atendimento odontológico para algum procedimento, e isto pode ter maximizado a sua percepção. Além disso, as amostras são diferentes assim como a metodologia utilizada.

Não houve associação entre a percepção da ansiedade odontológica das crianças com a própria ansiedade odontológica dos responsáveis. Este resultado demonstra que a ansiedade dos responsáveis não foi um fator de confusão que poderia ter influenciado na percepção deles sobre a ansiedade das crianças, e isto pode aumentar a credibilidade dos dados.

Vasiliki, Konstantinos, Nikolaos (2016) também concluíram que não houve correlação significativa entre a ansiedade odontológica dos filhos com a dos pais. Diferentemente, dos estudos de Colares, Franca, Ferreira et al. (2013) e Olak, Saag, Honkala et al. (2013) que observaram esta associação.

Além disso, não houve relação entre a percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças e os fatores socioeconômicos. Contudo, de acordo com Soares, Lima, Santos et al., 2016 demonstraram que quanto menor a renda familiar maiores são as chances de alta ansiedade odontológica entre as crianças segundo relato dos pais. Ainda, segundo Colares, Franca, Ferreira et al. (2013), os níveis maiores de escolaridade materna são inversamente proporcionais à ansiedade odontológica dos filhos quando o DAQ foi respondido pelas crianças.

A condição bucal da criança não se associou à percepção dos responsáveis sobre a ansiedade odontológica, da mesma forma que o tipo de procedimento ao qual a criança foi submetida, se fluoroterapia ou exodontia. Soares, Lima, Santos et al. (2016) não encontraram associação entre o bem-estar físico, entendido como “limitação por problemas físicos de saúde ou doença no último mês”, e a ansiedade odontológica das crianças percebida pelos pais. No entanto, outros estudos que avaliaram a ansiedade odontológica relatada pelas crianças demonstraram que a presença de cárie e dor dentária estava relacionada a níveis maiores de ansiedade odontológica (NICOLAS, BESSADET, COLLADO et al. 2010; OLAK, SAAG, HONKALA et al. 2013; OLIVEIRA, COLARES 2009;

COLARES, FRANCA, FERREIRA et al. 2013; RAMOS-JORGE, MARQUES, HOMEM et al. 2012). As divergências nos resultados deste estudo quando comparado aos outros podem ser devidos as diferentes metodologias, faixas etárias, locais de execução das pesquisas, critérios de inclusão e exclusão dos participantes, ferramentas utilizadas para mensuração dos desfechos entre outros fatores.

Algumas características deste estudo merecem destaque como o uso do DAQ que é um questionário já utilizado para avaliar a ansiedade odontológica em crianças brasileiras como nos estudos de Colares, Franca, Ferreira et al. (2013) e Soares, Lima, Santos et al. (2016), é rápido de ser aplicado, de fácil compreensão, não necessita de identificação do participante e pode ser respondido sem nenhum constrangimento por parte do entrevistado, da mesma forma que o questionário empregado para obtenção de dados socioeconômicos. Além do mais, a vantagens da faixa etária de crianças com idade entre 6 a 9 anos está na facilidade de compreensão que elas têm em responder o que é solicitado como, por exemplo, o *Venham Picture Test Modificado* (VPTM), além de o comportamento, nessa idade, ter pouca variação quando comparado a outras faixas etárias.

Mas alguns aspectos metodológicos possuem limitações, como, por exemplo, a amostra por conveniência, que não permite a extrapolação dos dados para outras crianças que não tenham o perfil dos participantes deste estudo. E por se tratar de um estudo transversal não é possível investigar as causas da ansiedade odontológica em crianças. De acordo com os resultados deste estudo os cuidadores

podem superestimar a ansiedade odontológica das crianças, sendo assim é necessário desenvolver futuras pesquisas objetivando uma maior compreensão da ansiedade odontológica e seus fatores causais.

7. CONCLUSÃO

De acordo com os resultados é possível concluir que houve uma diferença significativa entre a percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças e a ansiedade odontológica relatada por elas. As crianças apresentaram menos ansiedade odontológica do que os pais a perceberam. Além disso, não houve relação entre a percepção dos pais/responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças com a própria ansiedade odontológica dos pais, última visita ao dentista, fatores socioeconômicos, motivo dos responsáveis para a última consulta odontológica, condição bucal das crianças e o tipo de procedimento ao qual elas foram submetidas.

8. REFERÊNCIAS

ABANTO, J.; VIDIGAL, E. A.; CARVALHO, T. S.; SÁ, S. N. C.; BÖNECKER, M. Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries. **Brazilian Oral Research**, v. 31, p.1-7, 2017.

CIANETTI, S.; LOMBARDO, M.; LUPATELLI, E.; PAGANO, S.; ABRAHA, I.; MONTEDORI, A.; CARUSO, A.; GATTO, R.; DE GIONGO, S.; SALVATO, R.; PAGLIA, L. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v. 18, n. 2, p. 121-130, 2017.

COLARES, V.; FRANCA, C.; FERREIRA, A.; AMORIM FILHO, H. A.; OLIVEIRA, M. C. A. Dental anxiety and dental pain in 5- to 12-year-old children in Recife, Brazil. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 14, p. 15-19, 2013.

CORAH, N. L. Development of a dental anxiety scale. **Journal of Dental Research**, v. 48, n. 4, p. 596,1969.

CORAH, N. L.; GALE, E. N.; ILLIG, S. J. Assessment of a dental anxiety scale. **Journal of the American Dental Association**, v. 97, n. 5, p. 816-819,1978.

CORIC, A.; BANOZIC, A.; KLARIC, M.; VUKOJEVIC, K.; PULJAK, L. Dental fear and anxiety in older children: an association with parental dental anxiety and effective pain coping

strategies. **Journal of Pain Research**, v. 7, p. 515-521, 2014.

D'ALESSANDRO, G.; ALKHAMIS, N.; MATTAROZZI, K.; MAZZETTI, M.; PIANA, G. Fear of dental pain in Italian children: child personality traits and parental dental fear. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 76, n. 3, p.179-183, 2015.

GOETTEMES, M. L.; ARDENGHI, T. M.; DEMARCO, F. F.; ROMANO, A. R.; TORRIANI, D. D. Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 40, n. 5, p.451-458, 2012.

HEIMA, M.; HEATON, L.; GUNZLER, D.; MORRIS, N. A mediation analysis study: The influence of mothers' dental anxiety on children's dental utilization among low- income African Americans. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 2017. DOI: 10.1111/cdoe.12313

HU, L. W.; GORENSTEIN, C.; FUENTES, D. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. **Depression and Anxiety**, v. 24, n. 7, p. 467-471, 2007.

KANEGANE, K.; PENHA, S. S.; BORSATI, M. A.; ROCHA, R. G. Ansiedade ao tratamento odontológico no atendimento de rotina. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 52, n. 2, p. 111-114, 2006.

KRIKKEN, J. B.; WUN A. J. V.; CATE, J. M. T.; VEERKAMP, J. S. J. Measuring dental fear using the CFSS-DS. Do children and parents agree? **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 23, p. 94-100, 2013.

NICOLAS, E.; BESSADET, M.; COLLADO, V.; CARRASCO, P.; ROGERLEROI, V.; HENNEQUIN, M. Factors affecting dental fear in French children aged 5-12 years. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 20, n. 5, p.366-373, 2010.

OLAK, J.; SAAG, M.; HONKALA, S.; NÖMMELA, R.; RUNNEL, R.; HONKALA, E.; KARJALAINEN, S. Children's dental fear in relation to dental health and parental dental fear. **Stomatologija**, v. 15, p. 26-31, 2013.

OLIVEIRA, M. M. T.; COLARES, V. The relationship between dental anxiety and dental pain in children aged 18 to 59 months: a study in Recife, Pernambuco State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 743-750, 2009.

OLIVEIRA, M. F.; MORAES, M. V. M.; EVARISTO, P. C. S. Avaliação da Ansiedade dos Pais e Crianças frente ao Tratamento Odontológico. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 12, n. 4, p.483-489, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Oral health surveys: basic methods**. 5 ed. Geneva: ORH/EPID, 2013.

PERETZ, B.; NAZARIAN, Y.; BIMSTEIN, E. Dental anxiety in a student's paediatric dental clinic: children, parents and students. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 14, n. 3, p. 192-198, 2004.

RAMOS-JORGE, J.; MARQUES, L. S.; HOMEM, M. A.; PAIVA, S. M. FERREIRA, M. C.; OLIVEIRA FERREIRA, F. RAMOS-JORGE, M. L. Degree of dental anxiety in children with and without toothache: prospective assessment. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 23, n. 2, p.125-130, 2012.

RAMOS-JORGE, M. L.; PORDEUS, I. A. Por que e como medir a ansiedade infantil no ambiente odontológico. Apresentação do teste VPT modificado. **Revista Ibero-americana de Odontopediatria e Odontologia para Bebê**, v.7, p. 282-90, 2004.

SOARES, F. C.; LIMA, D. S. M.; BARRETO, K. A.; COLARES, V. Factors associated with dental anxiety in children: a literature review. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 16, n. 3, p.373-385, 2015.

SOARES, F. C.; LIMA, R. A.; DE BARROS, M. V. G.; DAHLLOF, G.; COLARES, V. Development of dental anxiety in schoolchildren: A 2-year prospective study. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 45, n. 3, p. 281-288, 2017.

SOARES, F. C.; LIMA, R. A.; SANTOS, C. F. B. F.; BARROS, M. V. G.; COLARES, V. Predictors

of dental anxiety in Brazilian 5–7years old children. **Comprehensive Psychiatry**, v. 67, p.46-53, 2016.

VASILIKI, B.; KONSTANTINOS, A.; NIKOLAOS, K.; VASSILIS, K.; COR, V. L.; JAAP, V. Relationship between child and parental dental anxiety with child's psychological functioning and behavior during the administration of local anesthesia. **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v.40, n.6, p.431-437, 2016.

9. APÊNCICES

9.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa Biomédica: AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO E DA ANSIEDADE NOS TRATAMENTOS DE ENDODONTIA E EXODONTIA EM ESCOLARES ENTRE 6 E 9 ANOS

Prezado responsável/paciente,

Seu filho (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa que pretende avaliar o comportamento e a ansiedade desenvolvidos frente aos tratamentos de endodontia e exodontia.

O estudo será realizado na Clínica de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFSC e todas as condutas profissionais (atitudes dos dentistas) estão baseadas em atitudes e tratamentos já reconhecidos na Odontologia.

Para fazer parte desse estudo, você, responsável, terá que aceitar em responder perguntas referentes a saúde bucal e geral de seu filho e concordar em realizar fluoroterapia em todos os dentes (tratamento preventivo), ou tratamento de canal no dente de leite do seu filho, ou extração do dente de leite, em ambos já estarão com esta indicação de procedimento. Toda a documentação da criança (fichas clínicas, radiografias e fotografias dos dentes) será analisada e fará parte de uma ficha clínica com os dados da criança, sendo futuramente arquivada na Disciplina de Odontopediatria da referida faculdade.

Para esta pesquisa que seu filho está sendo convidado a participar, serão selecionadas, no período de fevereiro de 2017 a fevereiro de 2018, crianças entre 6 e 9 anos de idade, de ambos os sexos. Essas crianças serão recrutadas a partir de uma avaliação clínica e através de uma radiografia na clínica de pós-graduação da Universidade e será realizada por um pesquisador treinado, que verificará se existe a indicação de um destes procedimentos. Seu filho (a) participará em um dos três grupos conforme o plano de tratamento proposto. Um grupo receberá aplicação de flúor em todos os dentes, outro grupo receberá tratamento de canal no dente de leite e o outro grupo extração do dente de leite. Ambos os procedimentos são reconhecidos e considerados eficazes para o procedimento sem acarretar prejuízo ao tratamento. Os grupos receberão diferentes intervenções clínicas, responderão os mesmos questionários e serão tratados de acordo com suas necessidades odontológicas.

Realizaremos avaliação da higiene e dieta para posteriores orientações quanto a saúde bucal do paciente. O presente estudo constará também de um exame radiográfico inicial para os grupos de tratamento de canal e extração dentária do estudo. As radiografias obtidas serão analisadas para o diagnóstico do caso e tratamento. É válido ressaltar que essas radiografias fazem parte da rotina proposta para o exame da cavidade bucal na consulta inicial e/ou durante o procedimento, fato que não contraria os princípios éticos para a realização desta etapa do estudo.

Um formulário contendo questões sobre aspectos sócio-econômico-educacionais, baseadas nos dados do IBGE será utilizado para entrevistá-lo a fim

de classificar a condição socioeconômica das famílias dos participantes do estudo. Na realização de tais questionários, o pai ou responsável tem o direito de recusar-se a responder as perguntas caso julgue que ocasionam constrangimentos de qualquer natureza.

A principal vantagem deste estudo será a coleta de informações essenciais para definir se existe diferença significativa no comportamento e ansiedade gerados pela criança, quando realizados tratamentos como, tratamento de canal e extração de dentes de leite. Além da participação nesta pesquisa trazer para o seu filho os benefícios da obtenção de qual tratamento gera menos medo e ansiedade, ele terá também assistência para todas as suas necessidades odontológicas. Também trará um benefício para a população, visto que poderá ajudar a definir, quando houver dúvidas aos sintomas desencadeados quanto a indicação do tratamento de canal e extração nos dentes de leite.

Os riscos envolvidos na pesquisa são aqueles relacionados à obtenção dos dados, tais como desconfortos durante a entrevista ou durante as avaliações, exames e procedimentos. Desconforto pela luz do equipamento, da manipulação da boca e estruturas adjacentes, desconforto durante os procedimentos de rotina que são indispensáveis e essenciais para o tratamento do paciente. Para diminuir os riscos será utilizado material de qualidade e que gere o máximo de conforto ao paciente. Todo o atendimento do seu filho (a) será gratuito, sem nenhum custo para o responsável. Além disso, qualquer eventual gasto decorrente da pesquisa será ressarcido. Assim como, o paciente possui a garantia de indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Os retornos previstos para a avaliação farão parte da rotina de acompanhamento.

A identificação do participante será mantida em sigilo (segredo) e o senhor (a) é livre para aceitar ou para recusar a participação da criança no presente estudo. Também será livre para abandonar a pesquisa a qualquer momento sem que haja penalidades ou perdas de benefícios a que seu filho (a) tenha direito.

Os resultados da pesquisa serão divulgados com objetivo científico, em literatura científica especializada, sejam favoráveis ou não, estando também disponíveis para consulta na Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). As informações obtidas durante a pesquisa serão apenas utilizadas por membros da equipe do projeto, mantendo-se em caráter confidencial e total sigilo (segredo) de todos os dados que comprometam a privacidade dos participantes.

A qualquer momento você poderá requerer mais informações dos pesquisadores responsáveis por esta pesquisa (Aluna Josiane Pezzini Soares, através do telefone: (47) 99900-0888 e Professora Michele Bolan, através do telefone: (48) 99983-4619; Endereço para contato: Rua João Geraldino de Oliveira, 81, apartamento 502 – Carvoeira, Florianópolis-SC). Diante de qualquer dúvida a respeito dos direitos e deveres como participante da pesquisa ou caso tenha alguma dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa (Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401- Trindade – Florianópolis-SC. Telefone:

(48)3721-6094). Os pesquisadores seguem o preconizado na Resolução CNS 466/12.

Informamos que este termo de consentimento livre e esclarecido deve ser redigido e assinado pelo representante legal da criança/adolescente e pelo responsável pela pesquisa. Informamos ainda que este termo deva ser redigido e assinado em duas vias, uma a ser retida pelo pesquisador e outra a ser entregue ao responsável legal pela criança/adolescente, ambas numeradas à parte. Além disso, o representante legal e o pesquisador responsável por esta pesquisa deverão rubricar (assinar de forma reduzida) todas as folhas e assinar a última folha do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a dentista Josiane Pezzini Soares, sobre a minha decisão em deixar o menor _____, por mim representado, a participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação do menor é isenta de despesas e que ele terá garantia de acesso a tratamento odontológico quando necessário. Concordo voluntariamente em deixar o menor participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que ele possa ter adquirido, ou no atendimento dele nesta Instituição.

Data ____/____/____

Nome do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Data ____/____/____

Nome do representante legal

Assinatura do representante legal

Data ____/____/____

Josiane Pezzini Soares
(Pesquisadora Responsável)

Josiane Pezzini Soares

9.2 QUESTIONÁRIO PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS

Questionário para mães, pais ou responsáveis:

- Gênero da criança:
☐ Masculino
☐ Feminino
- Qual a idade do seu FILHO (A): _____
- Mãe/ pai ou responsável quando foi a sua última visita ao dentista? (marcar com um "x")
☐ Há menos de 1 mês
☐ De 1 a 6 meses
☐ De 6 meses a 1 ano
☐ Há mais de 1 ano
☐ Nunca foi
☐ Não lembro
- Por que você (pai/mãe/responsável) procurou o dentista pela última vez? (marcar com um "x")
☐ Para realizar consulta preventiva
☐ Para resolver algum problema ou dor
☐ Não procurou o dentista
- Você (pai/mãe/responsável) estudou até qual série? (marcar com um "x")
☐ Não estudou
☐ Primário incompleto
☐ Primário completo
Primário= 1ª a 4ª série do 1º grau (ensino fundamental)
☐ Ginásial incompleto
☐ Ginásial completo
Ginásial= 5ª a 8ª série do 1º grau (ensino fundamental)
☐ Colegial incompleto
☐ Colegial completo

Colegial= 1ª, 2ª e 3ª séries do 3º grau (ensino médio)

- ☐ Superior incompleto
☐ Superior completo
Superior= faculdade
- Quando foi a última vez que seu FILHO (A) foi ao dentista? (marcar com um "x")
☐ Há menos de 6 meses
☐ Há menos de 1 ano
☐ Há mais de 1 ano
☐ Há mais de 2 anos
☐ Nunca foi
 - Qual é a renda mensal (em Reais - R\$) da sua casa? R\$ _____
 (incluir o total da casa: salários mínimos, Bolsa Família, Seguro desemprego e "bicos" de todos os moradores da sua casa)
 - Seu FILHO (A) já sentiu dor de dente? (marcar com um "x")
☐ Não ☐ Sim ☐ Não lembro
 - (DAS) Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria?
☐ Eu estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável
☐ Eu não me importaria
☐ Eu me sentiria ligeiramente desconfortável
☐ Eu acho que me sentiria desconfortável e teria dor
☐ Eu estaria com muito medo do que o dentista me faria

10. (DAS) Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?

- ☐ Relaxado
- ☐ Meio desconfortável
- ☐ Tenso
- ☐ Ansioso
- ☐ Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal

11. (DAS) Quando você está na cadeira odontológica esperando o dentista preparar o motor para trabalhar nos seus dentes, como você se sente?

- ☐ Relaxado
- ☐ Meio desconfortável

12. (DAS) Você está na cadeira odontológica. Enquanto você aguarda o dentista pegar os

instrumentos para raspar seus dentes (perto da gengiva) como você se sente?

- ☐ Relaxado
- ☐ Meio desconfortável
- ☐ Tenso
- ☐ Ansioso
- ☐ Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal

13. (DAQ) Você acha que o seu FILHO (A) tem medo de ir ao dentista?

- ☐ Não tem medo
- ☐ Um pouco de medo
- ☐ Tem medo
- ☐ Sim, muito medo

9.3 ODONTOGRAMA

Nome do responsável: _____

Nome da criança: _____

Idade: _____ anos

Sexo: (M) (F)

Data do exame: ____/____/____

CPOD/ced-o

16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	
46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36

VPTM (VENHAM PICTURE TEST MODIFICADO):

1	2	3	4	5	6	7	8
0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1

10. ANEXOS

10.1 PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO E DA ANSIEDADE NOS TRATAMENTOS DE ENDODONTIA E EXODONTIA EM ESCOLARES ENTRE 6 E 9 ANOS

Pesquisador: Michele Bolan

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 07553217.1.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.308.475

Apresentação do Projeto:

O objetivo do estudo é avaliar o comportamento e o nível de ansiedade em crianças entre 6 e 9 anos que procuraram atendimento nas clínicas ESCA 1 (Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente I) e ESCA 2 (Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente II) na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, e que serão submetidas a tratamentos de endodontia, exodontia e procedimentos de prevenção. O estudo será intervencional, em que os participantes serão convidados a participar e aceitando, será realizado tratamento conforme a necessidade que o indivíduo apresentar. A pesquisa será composta por três grupos: endodontia (grupo 1), exodontia (grupo 2) e prevenção e fluoroterapia (grupo 3). A coleta de dados será baseada em um questionário sócio demográfico e perguntas relacionadas a saúde bucal da criança, a serem respondidos pelos pais ou responsáveis enquanto aguardam na sala de espera. Neste estudo será utilizado duas escalas para medir o comportamento da criança durante o tratamento, escala de Frankl e escala Brazilian version of the Venham's Behavior Rating Scale (BvVBRS). Ao todo, serão recrutadas 99 crianças (33 por grupo).

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o comportamento e o nível de ansiedade em crianças entre 6 e 9 anos submetidas aos

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.308.475

tratamentos de endodontia e exodontia em comparação ao nível de ansiedade em crianças submetidas a tratamentos preventivos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios adequadamente avaliados e especificados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O cronograma foi readequado e inserido no formulário PB, conforme solicitado pelo CEP/SH.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou adequadamente todos os Termos.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As adequações quanto à inserção de riscos e readequação do cronograma foram adequadamente realizadas e portanto, o projeto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_884415.pdf	27/08/2017 19:15:18		Aceito
Outros	carta_resposta2.pdf	27/08/2017 19:14:30	JOSIANE PEZZINI SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/08/2017 09:26:43	JOSIANE PEZZINI SOARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	27/08/2017 09:26:28	JOSIANE PEZZINI SOARES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declara.pdf	25/04/2017 20:19:56	JOSIANE PEZZINI SOARES	Aceito
Folha de Rosto	CEP.pdf	31/03/2017 20:16:43	JOSIANE PEZZINI SOARES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retortia II, R: Desembargador Vilor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.308.475

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 02 de Outubro de 2017

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

10.2 VENHAM PICTURE TEST MODIFICADO (VPTM)



Figura 1. Teste VPT modificado (menina branca).



Figura 2. Teste VPT modificado (menina negra).



Figura 3. Teste VPT modificado (menino branco).



Figura 4. Teste VPT modificado (menino negro).

10.3 ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 23 dias do mês de maio de 2018, às 15:15 horas, em sessão pública no auditório do CCS desta Universidade, na presença da Banca Examinadora presidida pela Professora **Dr.^a Michele da Silva Bolan** e pelos examinadores:

- 1 - Prof.^a, **Dr.^a Mariane Cardoso Carvalho**,
- 2 - Prof.^a, **Ms. Carla Massignan**,

a aluna **Aline Travessini** apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado: **"A percepção dos pais/ responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças"** como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela aprovação do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.

Michele Bolan

Presidente da Banca Examinadora

Carla Massignan

Examinador 1

Mariane Cardoso

Examinador 2

Aline Travessini

Aluno